
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

**Epidémiologie,
Prévention,
Dépistage des
hépatites virales
B, C et Delta**

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Recommandation

Titre	Epidémiologie, Prévention, Dépistage des hépatites virales B, C et Delta
Objectif(s)	Actualisation des données épidémiologiques, des mesures de prévention et de dépistage des hépatites B, C et delta
Cibles concernées	Patients concernés par le thème : porteurs chroniques du VHC, du VHB et du VHD Professionnels concernés par le thème : professionnels de santé (hépatologues, infectiologues, internistes, gynéco-obstétriciens, généralistes, addictologues, virologues), centres de Protection Maternelle et Infantile, associations de patients
Demandeur	Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Promoteur(s)	Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Pilotage du projet	Dr Françoise Roudot-Thoraval
Recherche documentaire	
Auteurs	Anne-Marie Roque-Afonso, Cécile Brouard, Pierre-Emmanuel Devez, Hugues Fischer, David Michels, Brigitte Reiller, Ghassan Riachi, , Sophie Vaux
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la direction générale de la Santé (DGS). Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts définie par la DGS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 23 octobre 2023
Actualisation	
Autres formats	Les recommandations et l'argumentaire sont téléchargeables sur le site www.cns.sante.fr

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.cns.sante.fr et www.anrs.fr

Conseil national du sida et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

ANRS | Maladies infectieuses émergentes
PariSanté Campus - 2, rue d'Oradour-sur-Glane
75015 Paris

Sommaire

Préambule	5
1. Épidémiologie des infections par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C en France	6
1.1. Propositions de recommandations : Mieux documenter l'épidémiologie	6
2. Prévention des hépatites B et C – Réduction des risques	7
2.1. Propositions de recommandations : Améliorer la prévention	7
3. Dépistage des hépatites virales B, C et Delta	9
3.1. Propositions de recommandations :	9
Participants	11
Abréviations et acronymes	13

Préambule

La France s'est engagée dans l'objectif mondial d'élimination des hépatites virales B et C. Cet objectif est atteignable en France car les outils de prévention et de dépistage existent et que des traitements efficaces sont disponibles. Ce rapport fait le point sur les données épidémiologiques actuelles, pointant souvent le manque de données récentes, sur les méthodes de prévention à améliorer ou à mettre en place, ainsi que sur la simplification des algorithmes de dépistage et les opportunités à saisir. Ce rapport montre également l'implication nécessaire de tous les acteurs de santé.

1. Épidémiologie des infections par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C en France

Le pilotage de cet objectif d'élimination nécessite des données épidémiologiques actualisées. En effet, les données actuelles sont anciennes et reposent seulement en partie sur des enquêtes ponctuelles avec prélèvements biologiques, lourdes et coûteuses à organiser.

Ces données montrent que la prévalence de l'hépatite C tend à diminuer ces dernières années, grâce au large accès aux AAD (environ 100 000 initiations de traitement depuis 2014), mais le nombre de patients traités est en diminution depuis mi-2017 par tarissement du « réservoir » des personnes diagnostiquées non traitées. La prévalence de l'hépatite B demeure élevée dans certaines populations, notamment les personnes nées à l'étranger, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie et les personnes vivant à Mayotte.

Il manque des données actualisées de prévalence des hépatites et du VIH chez les personnes sous main de justice.

1.1. Propositions de recommandations : Mieux documenter l'épidémiologie

1. Il est recommandé de favoriser la remontée systématique et standardisée des données biologiques et épidémiologiques disponibles : projet d'entrepôt national des données de biologie, rapports d'activité des Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), des centres de réduction des risques et de soins pour les usagers de drogues (CAARUD et CSAPA) et des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). (AE)
2. Il est recommandé de mieux documenter, y compris par des enquêtes ad hoc, la situation épidémiologique dans certains DROM : Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion. (AE)
3. Il est recommandé de mieux documenter la situation épidémiologique des hépatites B et C et du VIH en prison, notamment leur prévalence et l'incidence en cours de détention. (AE)

2. Prévention des hépatites B et C – Réduction des risques

La vaccination représente la meilleure prévention primaire contre l'hépatite B. Recommandée depuis 1995, elle est devenue obligatoire pour tout nourrisson né à partir du 1er janvier 2018. Cette obligation a accru l'acceptabilité de la vaccination et a permis d'augmenter la couverture vaccinale 3 doses à 21 mois (>90%), mais la couverture vaccinale des adolescents scolarisés en classe de 3ème demeure inférieure à 50% depuis le début des années 2000.

Parallèlement à la vaccination VHB, les mesures de prévention mises en place ces dernières décennies ont permis d'immenses progrès dans la réduction du risque de transmission, qu'il soit transfusionnel, nosocomial ou périnatal. En revanche, malgré la politique de réduction des risques mise en place depuis le milieu des années 1980 en France et de nombreux outils de prévention validés et efficaces, le principal mode de transmission du VHC reste l'usage de drogues par injection avec partage de matériel. Le dépistage régulier des usagers de drogues injectables (UDI) reste insuffisant et les objectifs OMS d'échange de seringues ne sont pas atteints. Chez les personnes détenues, le dépistage est insuffisant et les outils de réduction des risques sont limités. Globalement, les moyens humains pérennes sont insuffisants pour conduire des actions dans le temps.

2.1. Propositions de recommandations : Améliorer la prévention

4. Il est recommandé d'identifier et d'évaluer des opportunités de rattrapage vaccinal de l'hépatite B :
 - Pour les adolescents (visites médicales scolaires, consultations de gynécologie, etc.) en association avec la proposition de vaccination HPV (AE)
 - Pour les adultes (journée défense et citoyenneté, rendez-vous de prévention, consultations de gynécologie pour les femmes, etc.) (AE)
5. Il est recommandé de développer les dispositifs de Réduction des risques combinés (Traitement substitutif aux opioïdes et programmes d'échange de seringues et autres matériels de consommation, en particulier kit d'inhalation) et intégrés incluant proposition de dépistage et, pour l'hépatite C, de traitement sur un même lieu. (C)
6. Il est recommandé de renforcer les moyens humains et financiers des structures concourant au dépistage des hépatites et du VIH afin de raccourcir les délais diagnostiques et d'accès aux soins des populations les plus exposées (personnes usagères de drogues, population carcérale, personnes migrantes). (AE)
7. Il est recommandé de développer et multiplier les actions de sensibilisation et d'information sur l'importance de la prévention et du dépistage des hépatites et du VIH auprès de tous les acteurs de santé. (AE)

- 8.** Il est recommandé que chaque centre de réduction des risques et de soins pour les usagers de drogues (CAARUD et CSAPA) et chaque Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) non-hospitalière ait les moyens humains et matériels de réaliser la vaccination contre l'hépatite B. (AE)
- 9.** Il est recommandé de diffuser les dispositifs d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI) pour faire évoluer les pratiques d'injection dans une voie plus sûre. (B)
- 10.** Il est recommandé de favoriser par des financements spécifiques l'accès à l'interprétariat dans les différentes structures de prévention, dépistage et prise en charge des hépatites et du VIH. (AE)
- 11.** Il est recommandé de diffuser en milieu carcéral les outils de réduction des risques prévus par le code de la santé publique (art L3411-8), et prioritairement les programmes d'échange de seringues. (A)

3. Dépistage des hépatites virales B, C et Delta

L'activité de dépistage en laboratoire, a augmenté régulièrement depuis les années 2000, mais la proportion de personnes déclarant avoir été dépistées parmi les populations les plus exposées ou les plus infectées, demeure insuffisante. C'est en partie lié à la méconnaissance des facteurs de risque par les prescripteurs, médecins libéraux ou hospitaliers, qui limite la prescription de dépistage. A l'exception du dépistage obligatoire du VHB chez les femmes enceintes, presque systématiquement réalisé, les recommandations de dépistage des hépatites B et C sont ciblées sur les personnes exposées au risque d'infection. Les données d'activité suggèrent que le dépistage prénatal du VHC est largement réalisé. Des études ont permis d'identifier des situations cliniques (venues aux urgences, les hospitalisations en psychiatrie, etc.) où un dépistage systématique était faisable et pouvait mettre en évidence une séroprévalence supérieure à la celle de la population générale.

Des difficultés d'ordre réglementaire ou financier limitent actuellement l'efficacité du dépistage. Ainsi, 1) le dépistage du VHB à 3 marqueurs (AgHBs, anti-HBs et anti-HBc) n'est pas pris en charge à 100% par l'assurance maladie ; 2) la nécessité de prescription médicale d'une charge virale VHC ou d'une sérologie VHD sur un second prélèvement après un dépistage positif entraîne un délai à l'identification des patients infectés par le VHC ou le VHD; 3) La mise en place des tests rapides moléculaires (Charge virale VHC sur sang capillaire) reste lourde, pourtant elle permettrait une stratégie « test and treat » pour le VHC, notamment en CSAPA-CAARUD où le dépistage des UDI est devenu important en volume, avec la diffusion des TRODs.

3.1. Propositions de recommandations :

12. Il est recommandé que le dépistage de l'hépatite B à 3 marqueurs (AgHBs, anti-HBs et anti-HBc) soit pris en charge à 100% pour :
 - Les femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse (AE)
 - L'ensemble de la population ayant une indication de dépistage (AE)
13. Il est recommandé d'élargir le dispositif VIH-Test, qui est issu de l'expérimentation « au labo sans ordo », aux hépatites B et C, pour permettre un dépistage des hépatites au laboratoire sans ordonnance, et sans limite d'âge. (AE)
14. Il est recommandé de mettre en place des tests réflexes en laboratoire, pris en charge à 100% :
 - Charge virale VHC réalisée sur le même prélèvement, en cas d'anticorps anti-VHC positifs pour la première fois au laboratoire (C)
 - Sérologie anti-VHD réalisée sur le même prélèvement, en cas d'AgHBs positif pour la première fois au laboratoire (C)

- 15.** La réalisation d'une PCR VHC sur sang capillaire en dehors d'un laboratoire de biologie médicale relève de la biologie délocalisée, sous responsabilité d'un biologiste médical. Il est recommandé d'élargir les catégories de lieux où cette PCR VHC « point of care » peut être réalisée, notamment aux structures impliquées dans la réduction des risques et les soins pour les usagers de drogues, et de faciliter l'établissement de conventions entre ces structures et un laboratoire de biologie médicale. (AE)
- 16.** Il est recommandé de proposer, dans le cadre d'études coût-efficacité, un dépistage du VHC, du VHB et du VIH :
- A l'admission dans des structures accueillant des patients ayant des troubles psychiatriques, notamment les urgences psychiatriques (AE)
 - Aux services des urgences, chez les patients non dépistés dans l'année précédente, et nécessitant un prélèvement biologique (AE)
- 17.** Il est recommandé d'identifier et d'évaluer de nouvelles opportunités de dépistage des hépatites B et C : consultations prénatales des futurs pères, consultations médicales gratuites de prévention (rendez-vous de prévention à 25, 45 et 65 ans), consultations de gynécologie, journée défense et citoyenneté, etc. (AE)
- 18.** Dans la mesure où il est recommandé de dépister les enfants nés de mère infectée par le VHC, et que ce dépistage est déjà actuellement largement pratiqué, il est recommandé de proposer le dépistage de l'hépatite C au premier trimestre de la grossesse, associé à celui du VHB et du VIH. (AE)

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

AFEF : Association Française pour l'Étude du Foie

SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française

SFV : Société Française de Virologie

FA : Fédération Addictologie

FFA : Fédération française d'addictologie

SFMG : Société française de médecine générale

Comede : Comité pour la santé des exilés

TRT-5 : Traitement et Recherche Thérapeutique-5

AIDES : Association Française de Lutte contre le VIH et les Hépatites Virales

Coordination

Dr Françoise Roudot-Thoraval, hépatologue, Créteil, CHU Henri Mondor

Groupe de travail

Dr Cécile Brouard, épidémiologiste, Santé publique France

Paul-Emmanuel Devez, SIS-association

Hugues Fischer, Act-up

David Michels, AIDES

Dr Brigitte Reiller, addictologue, Bordeaux

Dr Gassan Riachi, hépato-gastroentérologue, Rouen,

Pr Anne-Marie Roque-Afonso, virologue, Villejuif

Auditions

Catherine Aumond, AIDES

Pr Stéphane Chevalier, CNR des hépatites B et C, Créteil, CHU Henri Mondor

Marie Jauffret-Roustide, Inserm Centre d'Etude des Mouvements sociaux (Inserm), Paris

Anna N'Diaye, Observatoire français des drogues et des tendances addictives

Perrine Roux, Sciences économiques et sociales de la santé & traitement de l'information médicale (Inserm), Marseille

Groupe de lecture

Dr Hugues Aumaitre, infectiologue, Perpignan, CH Perpignan

Dr Sandrine Barge, Hépatologue, Hôpital Saint Camille, Bry sur Marne

Dr Aurore Baron, hépatologue, CH Sud-francilien

Dr Julie Chas, infectiologue, Hôpital Tenon, Paris

Pr Stéphane Chevalier, virologue, Créteil, CHU Henri Mondor

Dr Laurent Cuissard, hépato-gastroentérologue libéral, La Réunion, Le Port

Dr Vo Quang Erwan, épidémiologiste, CHU Saint-Antoine, Paris

Dr Françoise Etchebar, médecin généraliste-addictologue libéral, Pau

Dr Marie-Noëlle Hilleret, hépatologue, Grenoble, CHU Grenoble

Pr Ariane Mallat, hépatologue, Créteil, CHU Henri Mondor

Dr Laurent Michel, psychiatre addictologue, Paris

Dr Anne Minello, hépatologue, Dijon, CHU Dijon

Dr Lucia Parlati, hépatologue, CHU Cochin, Paris

Pr Lionel Piroth, infectiologue, Dijon, CHU Dijon

Dr Hélène Regnault, Hépatologue, CHU Henri Mondor,
Créteil

Pr Dominique Roulot, hépatologue, Bobigny, CHU
Avicennes

Pr Vincent Thibault, virologue, CHU Rennes

Pr Jean-Pierre Vinel, Hépatologue, CHU Toulouse

Pr Jean-Pierre Zarski, CHU Grenoble

Remerciements

Le CNS et l'ANRS-MIE tiennent à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AAD	Antiviraux à action directe
AERLI	Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection
ALD	Affections de longue durée
AME	Aide Médicale d'Etat
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
ANSM	Agence Nationale de sécurité du médicament
AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CASO	Centres d'accueil, de soins et d'orientation
CE	Communauté européenne
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST)
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CMP	Centre médico- psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNR	Centre National de Référence
CNS	Conseil national du sida et des hépatites virales
Comede	Comité pour la santé des exilés
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DCIR	Données de consommation interrégimes
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DMDIV	Dispositif médical de diagnostic in vitro
DO	Déclaration Obligatoire
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DROM	Départements et régions d'outremer
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EIA	Enzyme immuno-assay
ENP	Enquête nationale périnatale
HAS	Haute Autorité de santé
HPV	Human papillomavirus (Papillomavirus humain)
HSA	Halte soins addictions
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
InVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
LBM	Laboratoire de Biologie Médicale
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
OFDT	Office français des drogues et des tendances addictives
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PES	Programme d'échange de seringues
POC	« Point of care » = « près du patient »
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RDR	Réduction des risques
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
SNDS	Système national des données de santé
SpF	Santé publique France
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STC	Spécifications techniques communes
TDR	Test de diagnostic rapide

TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UDI	Usagers de Drogues par voie Injectable
USMP	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHD	Virus de l'hépatite Delta

